

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 Février 1908, à 4 heure

PAR

M. René LENOBLE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DU NEZ
ET SPÉCIALEMENT DU
CHANCRE DE LA PITUITAIRE

Président M. GAUCHER, *Professeur.*

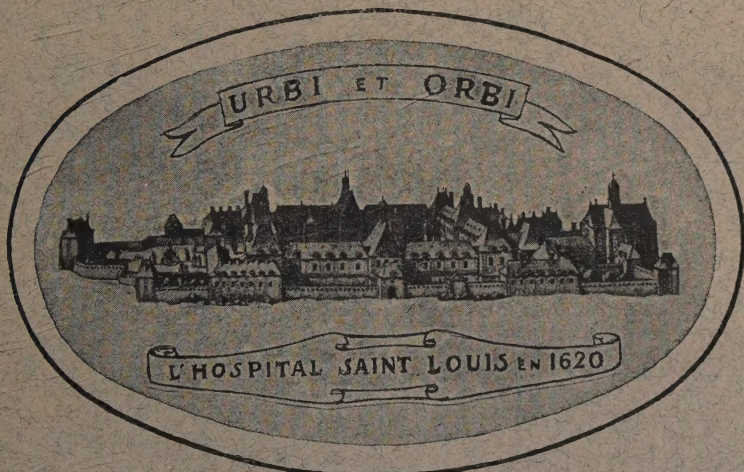
MM. RECLUS, *Professeur*

Juges :

SEGOND, *Agrégé.*

LABBÉ, Marcel, *Agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

THÈSE
POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

M. LANDOUZY.

Professeurs

MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale.....	G. POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale.....	ROGER
	{ DEBOVE
	LANDOUZY
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	{ LE DENTU
	BERGER
Clinique chirurgicale.....	{ RECLUS
	QUENU
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	PINARD
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGUEU	RENON
BESANÇON	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef de
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	travaux anat.
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 Février 1908, à 4 heure

PAR

M. René LENOBLE

DU CHANCRE Σ DU NEZ
ET SPÉCIALEMENT DU
CHANCRE Σ DE LA PITUITAIRE

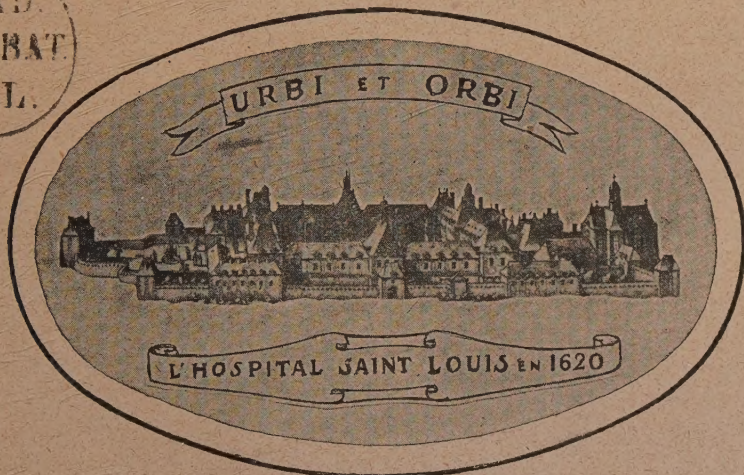
Président : M. GAUCHER, *Professeur.*

MM. RECLUS, *Professeur*

Juges : SEGOND, *Agrégé.*

LABBÉ, Marcel, *Agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique
des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

AUX MIENS

AVANT-PROPOS

Au début de cette thèse, c'est pour nous un devoir et un honneur d'exprimer notre gratitude aux Maîtres qui nous ont apporté le secours de leur haute expérience et nous ont facilité notre tâche.

Tout d'abord, nous tenons à remercier notre excellent maître et président de thèse, M. le professeur Gaucher, à qui revient la première idée de cet ouvrage, et qui nous a procuré une des observations les plus intéressantes de ce travail.

Nous adressons également tous nos remerciements à M. le Dr Castex qui nous a maintes fois aidé et dirigé de ses conseils, et de sa grande expérience sur ce sujet.

Nous devons également rendre hommage à nos anciens maîtres, à M. le Dr Rieffel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, qui nous a initié aux pratiques de la chirurgie infantile.

Nous gardons, également notre reconnaissance au Dr Klippel pour quelques mois passés dans son service de l'hôpital Tenon. Et pour finir, à ce propos, un mot d'éloges à la mémoire de mon compatriote Tenon, dont nous habitâmes la maison natale.

INTRODUCTION

Le sujet qui nous occupe a été assez peu étudié, les classiques anciens n'en parlent pas, les modernes n'y consacrent que quelques lignes.

Il nous a été par suite assez difficile de trouver des renseignements sur ce sujet, malgré l'extrême obligeance de nos maîtres. Beaucoup d'ouvrages qui effleurent cette question sont en effet écrits en langue étrangère, et plus d'une fois nous avons regretté notre ignorance en linguistique, nous contentant de maigres analyses à la place des originanx.

Il faut somme toute arriver jusqu'en 1887 pour trouver un travail d'ensemble sur cette question ; c'est la thèse de Dupont. Parmi les ouvrages que nous avons consulté nous citerons en guise de bibliographie.

FOURNIER

JULLIEN

PONCET

MOREL-LAVALLÉE

MOURE (*de Bordeaux*).

REBOUL (*thèse 1892*).

BAZÉNÉRYE (1894).

Nous avons également puisé dans les *Annales des Maladies vénériennes* de nombreuses analyses d'ouvrages étrangers où il est publié des observations de chancre de la muqueuse pituitaire.

Les *Annales de laryngologie* de Castex nous ont donné aussi quelques cas.

Nous nous sommes efforcé de grouper le tout, de donner quelques statistiques.

Nous envisagerons d'abord la fréquence, puis l'étiologie, nous diviserons l'ouvrage ensuite en deux parties inégales. Une première partie consacrée aux chancres de la muqueuse, de beaucoup la plus intéressante.

Une seconde partie consacrée aux chancres cutanés.

Nous donnons immédiatement l'observation si caractéristique de chancre de la cloison nasale, observée tout dernièrement dans le service de notre maître M. le Professeur Gaucher.



OBSERVATION I

Chancre intra-nasal

A. LECLERC, Editeur.

OBSERVATION I.

CHANCRE INTRA NASAL

(Cas observé dans le service de M. le professeur Gaucher et publié dans les *Annales des Maladies Vénériennes* par MM. BLOCH et NATHAN (janvier 1908).

H... (Marie), 37 ans, couturière se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et entre le 11 novembre 1907, dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Henri IV, pour une éruption roséolique, typique généralisée.

A l'examen nous constatons que l'accident primitif siège à la partie inférieure de la cloison de la fosse nasale gauche. Le chancre revêt la forme d'une véritable tumeur sessile, mamelonnée, rouge, saignant facilement, légèrement sensible à l'exploration au stylet, la rhinoscopie antérieure est difficile et douloureuse en raison de l'œdème des parties molles. La partie postérieure du chancre est recouverte d'une fausse membrane d'aspect diphtéroïde; ses dimensions sont, en longueur, d'environ 3 cm.; d'autre part il occupe toute la hauteur de la cloison et arrive au contact du plancher.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche, pas de ganglions préauriculaires; aucun ganglion du côté opposé.

Pas de plaques muqueuses, roséole généralisée plutôt précoce. L'étiologie de ce cas est assez obscure, étant donné le peu de renseignements que la malade a pu nous fournir; elle raconte avoir eu à la face un bouton qu'elle a gratté.

D'ailleurs, lorsque l'on parcourt les travaux de Garel (1), le mémoire de Rolleston (2), les observations publiées par Pietro Ramoguini (3), celle de MM. Gaucher et Boisseau (4), on cons-

(1) *Lyon médical* 1900 p. 469 (45 cas).

(2) *Lancet*, 16 juin 1906. Analysé dans les *Annales des maladies vénériennes* n° 5, 1907.

(3) *Giornale Ital. Belle-malati, venere e della pelle*, 1907, fas 3.

(4) Gaucher et Boisseau, *Soc-Dermat*, 1^{er} mars 1906.

tate que l'étiologie des accidents primitifs du nez est relativement vague, à part les cas où la contagion est professionnelle (cas de Garel chez un infirmier).

Nous renvoyons pour cette nomenclature au travail si complet de Rolleston.

Notre confrère, le Dr Lapeyre, nous communique précisément, ces jours-ci, une observation personnelle où l'étiologie du chancre est particulièrement nette; il s'agit d'une femme de 58 ans, qui fut soignée, pour un erysipèle de la face, au moyen de la vaseline résorcinée. Le Dr Lapeyre, voyant sur le front quelques plaques rouges circonscrites, fit déshabiller la malade et constata une roséole généralisée. Les symptômes érysipélateux étaient dus à un chancre de la cloison (narine gauche); l'étiologie était la suivante; la malade avait été appelée trois mois auparavant auprès de sa fille mariée. Celle-ci après deux fausses couches, venait de mettre au monde un enfant vivant, à terme, qui avait présenté un mois après sa naissance un prétendu eczéma généralisé; l'enfant était mort, au bout de 20 jours de maladie, de son pemphigus syphilitique, et sa grand'mère lui avait appliqué elle-même, pendant toute la maladie, les pansements prescrits par le médecin.

On pourra remarquer que, dans notre cas, les symptômes généraux ont été pour ainsi dire nuls; il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas publiés; chez la malade de Spencer Watson (1) où il s'agissait d'un accident professionnel chez une infirmière, on constatait une fièvre élevée et une prostration très accentuée; dans les cas de Freudenthal (2) et Campell (3), tous deux professionnels, les symptômes généraux furent si violents qu'on pensa à « l'influenza ».

La tuméfaction extérieure du nez et de la joue que Ramo-guini a retrouvée chez ses 6 malades, était très peu apparente chez la nôtre.

(1) *Medical Times and Gazette* 1881 vol. 1 p. 428

(2) *New-York New Journal* 1901, t. 1, p. 805.

(3) *Journal of. American medical Assoc.* 5 mai 1906 p. 1352

Statistique des cas connus

Parmi les chancres extra génitaux les chancres Σ du nez sont les plus rares, même parmi les chancres céphaliques. S'il nous a été en effet permis de voir plusieurs chancres de la paupière, de la lèvre, nous n'avons pu voir personnellement qu'un cas de chancre intra-nasal ; il n'y a guère que le chancre de la gencive qui soit peut-être encore plus rare. Beaucoup d'auteurs en effet ont étudié les chancres céphaliques sans même faire mention du chancre nasal.

MACKENZIE (1857) n'en fait pas mention et CUSCO qui publie en 1862 des leçons sur les chancres de la tête n'en dit pas un mot. RICORD, PUCHE, SALSOTTO de Turin, PETER 1893 et FOURNIER, dans une statistique qui va du 1^{er} Février 1890 au 1^{er} novembre 1891 n'en trouvent aucun cas.

Nous donnons ci-contre quelques statistiques de chancres extra-génitaux :

STATISTIQUES

De Martin Carrier et Bureaux

270 cas-femmes

Grandes lèvres.....	81
Petites lèvres.....	41
Fourchette.....	28
Méat.....	18
Clitoris.....	3
Vestibule.....	16
Col utérin.....	1
Anus et région périnéale.....	21
Fesses.....	4
Cuisse, aine, pli génito-crural.....	8
Lèvres.....	30
Langue.....	2
Luette.....	2
Bouche (<i>sans autre désignation</i>).....	4
Aile du nez.....	6
Front.....	3
Seins.....	11
Cou.....	1
TOTAL.....	270

STATISTIQUE

De Lavergne et Perrin

(*Annales de Dermatologie*, 1884)

Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux

Lèvres.....	10
Œil et paupières.....	5
Joue.....	2
Anus.....	2
Nez.....	1
Oreille.....	1
Cou.....	1
Bras.....	1
Doigt.....	1
Sein.....	1
Cuisse.....	1
Jambe.....	1
TOTAL.....	<u>27 cas.</u>

TABLEAU
réunissant toutes les statistiques que nous
avons recueillies

	Chancres extra-génitaux	Nez
MAX CARTHY.....	59	6
LAVERGNE.....	27	1
PASPELON.....	198	1
NEWMANN.....	84	2
PORAY KOCHITZ (moyenne).....	100	2.46
NODET.....	6	1
FOURNIER.....	26	1
FOURNIER.....	45	1
COZZOLINO.....	11	1
A. MARTIN.....	12	1
HULOT.....	21	1
BUREAUX, A. MARTIN-CARRIER.....	59	6
Total.....	648	24.46

Pour cent chancres extra-génitaux nous trouvons donc une moyenne de trois chancres du nez environ.

ETIOLOGIE

La plupart du temps l'étiologie du chancre du nez est inconnue, il est exceptionnel de l'observer à la suite de pratiques contre nature. Le plus souvent c'est par l'intermédiaire du doigt que se fait la contagion ; lors des rapports sexuels, le doigt est souillé par les produits et les contacts avec les parties génitales où fleurissent la plupart du temps des accidents secondaires, et c'est ensuite en se grattant le nez que le malade s'inocule le virus spécifique.

On a également signalé la contagion par l'intermédiaire d'instruments de chirurgie non stérilisés et qui avaient servi à des syphilitiques.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache fut particulièrement fécond en accidents de ce genre, il y a quelques années et nombreux furent les chancres de la pituitaire ainsi inoculée.

Nous citerons ici quelques cas particuliers de cette contagion, d'après nos recherches dans les divers auteurs.

Un cas de contagion relaté par Spencer Weston. Une nourrice pour amuser son nourrisson se faisait mordre le bout du nez et contracta un chancre du nez.

Dupond, dans sa thèse (p. 21 et 22), cite le cas de contagion par un cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Vers 1864, un praticien malpropre contamina de cette manière un grand nombre de ses malades. Fournier cite un cas semblable, une jeune fille est inoculée par un cathétérisme de la trompe. Rasori a beaucoup insisté sur la contagion produite par l'introduction des doigts dans le nez, les doigts sont en effet des agents de contagie d'une malheureuse perfection, les replis sous ungueaux sont presque fatalement mis en contact avec le virus qui y séjourne et peut ensuite inoculer le malade par grattage.

Presque tous les auteurs accordent la plus grande place au grattage dans l'étiologie de la Σ nasale.

Voici une statistique qui permet d'envisager le mode de contagie dans la plupart des cas publiés :

ETIOLOGIE

du chancre syphilitique de la narine

Auteurs	Mode de contag
KRELLING.....	Badig. avec salive.
GUIGNARD.....	Morsure.
HULOT.....	Contagion directe.
MOREL-LAVALLÉE.....	Contact des Doigts.
SPENCER-WATSON.....	Succion du nez par nourrisson.
MOURE 1887.....	Contact des doigts.
MOURE 1892.....	Contact des doigts.
HIGGUET 1882.....	Usage même tabatière.
LANCEREAUX.....	Cathétérisme trompe.
MOURE.....	Cathétérisme trompe.
JULLIEN.....	Blessures et contact.

LOCALISATION

des chancres syphilitiques du nez

Comme toujours le chancre se développera au niveau du point d'inoculation et par suite la localisation dépend du mode d'inoculation.

Par succion ou par morsure on aura un chancre localisé à l'extérieur et les lésions de grattage digital donneront presque toujours des chancres de la pituitaire.

Voici à ce sujet une petite statistique qui servira à fixer les idées :

Siège des chancres du nez

Auteurs	Localisations
JULLIEN.....	Racine et Lobule.
MOURE.....	{ 2 cas cloison droite.
	{ 1 cas cart. quadrang. gauc.
MOREL-LAVALLÉE.....	Muqueuse gauche.
GEMY.....	Cloison gauche.
MARFAN.....	Cloison droite.
ROBERTO-CIMMINO, 1894	Septum cartilagineux.
NETTELSHYS.....	Cloison droite.

PONCET	Septum cartilagineux.
FOURNIER, 1858.....	Cloison.
FOURNIER (Musée Saint Louis N° 265).....	Lobule.
FOURNIER (Musée Saint Louis N° 305).....	Narine droite.
FOURNIER	Entre aile gauche et Lobule.
HULOT, 1879.....	Lobule.
HULOT, 1880.....	Aile.
GUIGNARD, 1882.....	Aile droite.
BOULANGER.....	Aile.
LAURENT	Racine.
NEUMANN	Aile.

On peut noter d'après cette petite statistique la rareté des chancres de la cloison, tandis que les chancres des ailes du nez sont relativement fréquents.

Division des chancres du nez

D'après leur siège nous diviserons les chancres du nez en deux catégories que nous étudierons à part.

1° Les chancres des fosses nasales, muqueuse pituitaire, cloison, partie antérieure et postérieure, les plus curieux, les plus rares que nous étudierons en premier lieu.

2° Les chancres du tégument externe, simples chancres cutanés, beaucoup moins rares et par suite moins intéressants.

Chancres de la Pituitaire

Les chancres de la pituitaire ont le même aspect que tous les chancres syphilitiques, induration, coloration, surface légèrement surélevée. L'adénite correspondante existe comme dans les chancres cutanés, mais ce sont plutôt les ganglions prépharyngiens qui sont pris.

D'ailleurs les ulcérations cutanées de n'importe quelle nature, lorsqu'elles s'infectent, donnent de préférence des adénites sous-maxillaires.

La muqueuse est généralement très œdématisée. Un phénomène qui se produit fréquemment dans tous ces chancres de la muqueuse nasale, c'est la précocité des accidents secondaires. Cette précocité a d'ailleurs été remarquée dans tous les chancres céphaliques.

Symptôme subjectif, caché, dissimulé dans la narine : indolent comme la plupart des lésions spécifiques, le chancre passe souvent inaperçu, et ceci porte à croire que sa rareté est plus apparente que réelle, étant donné la facilité d'inoculation chez tous ceux qui ont la dangereuse habitude de se fouiller dans le nez.

La plupart du temps c'est par un coryza tenace que se traduit toute la maladie, et c'est incidemment, alors que l'insistance du malade a contraint le médecin à l'examen rhinoscopique, que l'on découvre le chancre.

Parfois, même pas de coryza, l'obstruction de la narine est le seul symptôme subjectif. Il arrive encore que le chancre, surtout s'il est localisé du côté de la trompe, obstrue ce conduit, et se révèle alors par la surdité

Pour toutes ces raisons, le chancre de la pituitaire est la plupart du temps découvert par les spécialistes en otorhinologie. Nous allons maintenant donner quelques observations de chancres de la pituitaire.

OBSERVATION II

(Thèse de DUPOND, page 22)

M^{me} X... âgée de 72 ans, d'une famille des plus honorables, sans aucun antécédent syphilitique et jusque-là bien portante, vient me consulter pour une surdité datant de trois mois environ offrant tous les symptômes d'une otite moyenne catarrhale.

Elle a été soignée par un chirurgien de la ville qui à plusieurs reprises a essayé de pratiquer le cathétérisme des trompes. Au moment où elle vient dans mon cabinet, je constate outre les symptômes de l'affection auriculaire un catarrhe naso-pharyngien interne. Le voile palatin est rouge et tuméfié surtout à gauche. Les adénopathies cervicales et sous-maxillaires spéciales sont très marquées, le traitement spécifique est mal toléré, les irrigations nasales passent avec difficulté.

La malade souffre davantage, elle a de la céphalalgie ; elle repart chez elle pour soigner son état général.

A quelque temps de là, le médecin traitant, m'apprend qu'elle a succombé avec des plaques buccales ulcérées, respirant à peine et se nourrissant mal, en un mot avec tous les symptômes d'une syphilis grave.

OBSERVATION III

(Thèse de DUPOND, page 21)

Un homme de cinquante-huit ans, robuste, bien constitué est entré à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lancereaux, le 18 janvier, amené par sa femme. Cet homme avait une érup-

tion papulo-pustuleuse, datant d'un mois. Elle envahissait le tronc, les membres et une partie de la tête. Les papules les plus volumineuses aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs étaient surmontées, dans les parties pileuses du corps, de pustules à sommet blanchâtre et à base indurée et rouge. On en voyait à tous les degrés de leur évolution, les unes toutes récentes, d'autres à la période de suppuration, d'autres en état de dessiccation et de desquamation et d'autres enfin à l'état de simples taches. Il existait des engorgements ganglionnaires dans les régions sous-occipitales et sous-maxillaires.

La santé générale était assez bonne, et le sujet interrogé répondit qu'au début de l'éruption il avait éprouvé un sentiment de fatigue et de courbature générale.

Tous ces symptômes ne pouvaient se rapporter qu'à une syphilis secondaire, mais quel en avait été l'accident primitif ?

Le malade affirmait n'avoir point eu de chancre et on n'en trouvait pas de traces aux parties génitales ; la bouche ne présentait rien d'anormal. La femme était saine et l'avait toujours été. De questions en questions, on finit par apprendre que cet homme étant sourd était allé consulter un spécialiste pour les oreilles ; qu'il lui avait pratiqué à deux reprises le cathétérisme de la trompe d'Eustache, une première fois le 13 septembre dernier, la deuxième fois le 15 novembre, ce dernier cathétérisme aurait été suivi d'un saignement par le nez. Etant connu que cette opération faite sans précaution avec un instrument ayant déjà servi pour d'autres malades avait déjà été plusieurs fois le véhicule de la syphilis, la pensée vint de suite à l'esprit de M. Lancereaux qu'elle avait été dans ce cas la porte d'entrée du virus syphilitique. La contamination aurait eu lieu le 13 septembre, lors du premier cathétérisme, ce qui correspondait assez bien à la durée de l'incubation des accidents secondaires, et le saignement amené par le deuxième cathétérisme le 15 novembre, indiquait qu'un chancre existait déjà à cette époque dans les profondeurs des fosses nasales. Ce serait, en effet, 3 mois après l'inoculation, au mois de décembre, que se

serait manifestée l'éruption encore en évolution aujourd'hui. M le docteur Moure nous a, de son côté, communiqué un fait de ce genre dont le résultat fut plus terrible encore, puisqu'il eut pour résultat d'amener la mort du malade.

OBSERVATION IV

(HIGGUET)

Je me rappelle avoir observé deux cas de chancre situé à l'entrée des fosses nasales sur le côté de la cloison. Ces deux chancres s'étaient développés chez des typographes.

J'ai recherché la porte d'entrée : ces individus qui étaient très francs, m'ont dit n'avoir eu aucun rapport avec d'autres femmes que la leur et leur femme était absolument indemne. Ils me donnèrent comme raison que les typographes respiraient beaucoup de poussière d'antimoine, étaient presque tous priseurs et se servaient d'une tabatière commune ; c'est la seule explication que j'ai pu trouver de cette inoculation.

J'ai eu l'occasion de voir moi-même la femme de l'un d'entre eux, qui ne présentait aucune trace de syphilis, j'ai donc cru pouvoir m'en rapporter à leur dire.

A propos de l'observation du docteur Higguet, voici ce que dit M. Reboul dans sa thèse de Bordeaux (1892, p. 47).

Dans ce cas, c'est donc l'usage d'une tabatière commune qui a amené la contagion. Ce fait d'ailleurs, n'est pas une exception et en Belgique on a pu observer encore d'autres cas de chancres contractés de la même façon et dans les mêmes ateliers de typographes.

OBSERVATION V

(MOURE)

Maurice X... âgé de 25 ans, vient à la consultation le 22 juin 1891, pour un mal au nez qu'il ressent depuis un mois

et demi environ. A ce moment, son état général est excellent; ses antécédents héréditaires n'apprennent rien. Il n'a jamais été sérieusement malade; quoiqu'un peu effrayé d'un contact qu'il a craint être infecté, il ne présente aucune trace de syphilis; la verge est intacte, saine, la surface de la peau absolument normale. A l'examen de la fosse nasale, on constate une ulcération saillante, ayant environ la dimension d'une pièce de 50 centimes un peu allongée dans le sens antéro-postérieur et occupant le cartilage quadrangulaire. L'orifice de la narine gauche est en grande partie obstrué par le néoplasme. la respiration est impossible de ce côté. Léger engorgement des ganglions sous maxillaires et pré-auriculaires du côté gauche. La gorge est saine dans toutes ses observations. On fait un pansement à l'iodoforme et on prescrit les lavages avec une solution de résorcine et des insufflations d'iodol et d'acide borique, car le malade ne tient pas à faire usage de l'iodoforme.

Le 8 juillet, la lésion nasale continuant à aller mieux, le malade se plaint d'un peu de mal de gorge, d'une gêne qu'il éprouve, dit-il depuis deux jours seulement. A l'examen, on constate des amygdales rouges, tuméfiées, plus saillantes que de coutume; sur la face antérieure du pilier il existe quelques plaques opalines. (Ext. thèse Reboul de Bordeaux, 1892, page 46).

OBSERVATION VI

(*Revue de Rhinologie*, 1887)

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, présentant une légère tuméfaction de la narine droite et portant sur la cloison à un centimètre environ du bord inférieur, une petite tumeur arrondie, adhérente aux parties profondes, recouverte d'un enduit

blanchâtre, son volume est celui d'une petite noisette. Le doigt introduit dans la narine permet de constater que cette tumeur est extrêmement dure, presque cartilagineuse. Une éruption généralisée, caractérisée par des taches rouges, non saillantes, d'une teinte presque cuivrée, ayant tous les caractères de la roséole syphilitique, nous a fait songer à un chancre de la muqueuse pituitaire. Un traitement mercuriel fait disparaître rapidement tous ces accidents.

Le malade ne peut donner aucune explication de cet accident. Il est probable qu'il aura touché la vulve d'une femme qui avait des plaques muqueuses, puis qu'il s'est mis le doigt dans le nez et a ainsi apporté sur sa pituitaire, peut-être érodée au préalable, le virus syphilitique.

OBSERVATIONS VII

(du D^r MOÛRE)

Le nommé C..., Jules, âgé de 54 ans, employé à l'abattoir, vient me consulter le 25 septembre 1880, pour une gêne qu'il éprouve à respirer par la narine droite. Il ressent, en même temps des douleurs assez violentes dans tout le côté de la tête surtout au niveau de la région sus-orbitaire.

La voix est nasonnée, le nez rouge est un peu douloureux au toucher. Il s'écoule par la narine une sécrétion ichoreuse, empesant le linge, ayant une odeur fade, mais non fétide.

Interrogé sur ses antécédents, le malade dit avoir joui d'une excellente santé jusqu'au commencement du mois d'août. A cette époque, il se rappelle avoir ressenti un peu de démangeaison dans le nez sans croire autrement à l'existence d'une altération quelconque de la muqueuse; un peu négligent de sa personne, il ne fit point attention à ce petit ennui qui ne le quittait point.

Quelques jours après cependant, il s'aperçut que la narine droite devenait moins perméable et que peu à peu il se produisait une tuméfaction de la muqueuse accompagnée de rougeur du bout du nez.

C'est alors qu'il se décida à venir me consulter. Il nie formellement avoir jamais eu la moindre écorchure à la verge qui n'en porte du reste aucune trace, il a eu autrefois une blennorrhagie guérie depuis longtemps. A l'examen, je constate extérieurement en dehors de la rougeur considérable du tégument extérieur une déviation de l'aile du nez du côté droit qui est soulevée par une masse fongueuse, d'aspect rongéâtre en certains points et grisâtre dans d'autres où elle est recouverte d'un mucus pultacé. Cette tumeur fait presque saillie à l'orifice de la fosse nasale qu'elle comble intérieurement et s'étend à environ deux centimètres en arrière ainsi qu'il est facile de le constater par le stylet. Avec ce dernier on trouve que la masse bourgeonnante n'adhère en aucun point avec le plancher des fosses nasales ou la paroi externe, mais qu'elle est toute entière implantée sous la cloison, un centimètre environ de son insertion antérieure. Le point d'insertion était recouvert par la saillie de la tumeur qui ressemble par ce fait à un champignon aplati adhérent par un large pédicule à la partie inférieure de la cloison du nez.

La tumeur saigne très facilement et l'examen avec le stylet suffit pour amener un léger écoulement sanguin. Au toucher plusieurs points sont mous, tandis que d'autres sont assez résistants.

L'examen rhinoscopique du côté gauche démontre non seulement l'intégrité de la fosse nasale, mais la muqueuse de la cloison est absolument saine et il n'existe pas de déviation. La muqueuse bucco-pharyngienne normale. Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont tuméfiés et l'un d'eux particulièrement développé est induré et roulant sous les doigts et non douloureux.

En présence de ce néoplasme qui ne ressemblait point à une

manifestation tertiaire de la syphilis, mais qui faisait plutôt songer à une tumeur maligne de la fosse nasale tant par sa localisation, son aspect bourgeonnant que par sa vascularisation et la facilité, avec laquelle se produisaient les épitaxis, j'avoue que j'hésitais d'abord et laissais mon diagnostic en suspens, mais le faciès anémié du malade, un je ne sais quoi dans son aspect, me firent craindre une syphilis antérieure et je prescrivis le traitement mixte (sp. formule Gilbert) dont je me proposais de suspendre l'emploi si le mieux ne se produisait rapidement. Comme traitement local, je recommandai au malade de faire des injections avec une solution de résorcine.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire deux mois et quelques jours après le début de l'accident nasal le malade vint chez moi désespéré, abattu, fatigué à l'extrême et couvert d'une poussée de papules, cuivrées, presque confluentes sur le front et nombreuses sur le reste du corps; éruption qu'il attribuait évidemment au sirop, auquel il imputait également et sa lassitude et sa lourdeur de tête. Du côté de la gorge existait également sur les piliers antérieurs et sur la luette une série de plaques muqueuses, opalines typiques sur la nature desquelles le doute n'était plus permis. Je remplaçai alors le sirop par des pilules de proto-iodure et prescrivis, pour le chancre, des lavages et de l'iodol et de l'iodoforme AA, et pour la gorge un gargarisme iodoioduré. Le malade fit alors son traitement avec régularité, et quinze jours après la saillie de la fosse nasale commençait à diminuer, mais c'est seulement à la fin du mois de novembre que la cloison reprit son aspect normal. Dès les premiers jours cependant les symptômes généraux commencèrent à s'amender et les douleurs disparurent pour ne plus reparaitre.

OBSERVATION VIII

Un cas de syphilis primaire de la narine

par SPENCER WATSON

J'ai un cas à signaler d'un chancre ayant une origine peu commune. Une nourrice non mariée, 31 ans, me fut envoyée par le docteur Samson avec une grande inflammation de la joue gauche et du nez. Elle avait une grande difficulté à respirer. Il y avait trois mois environ qu'elle avait été la nourrice d'un enfant qui présentait les symptômes de syphilis. Trois ou quatre semaines après être entrée chez sa maîtresse Mademoiselle V..., la nourrice, après avoir senti des démangeaisons du nez et s'être aperçue qu'il y avait un grand gonflement du nez et de la face, et que les ganglions sous-maxillaires gauches étaient devenus énormes et très durs, tomba dans une grande fièvre. Lorsqu'on me l'envoya il s'écoulait un pus sanieux de sa narine gauche, laquelle était complètement obstruée et sous laquelle on pouvait sentir au toucher une boule dure, cartilagineuse. Elle ressentait aussi un mal de gorge avec ulcération de l'amygdale gauche et de la surdité. Bien que l'ulcère du nez ne peut pas en réalité être vu à cette période de la maladie, il ne pouvait pas exister de doute sur son caractère syphilitique. Il s'étendait en surface vers le haut et à l'intérieur à partir de l'enflure et sa base sortait de la surface intérieure de l'aile du nez.

La grande prostration morale et la fièvre étaient les signes caractéristiques de la maladie pendant cette période.

Je lui ordonnai d'employer des fumigations de calomel sous forme de bains de vapeur et aussi en applications sur les narines, de prendre chaque soir une pilule d'opium et de calomel et d'injecter une lotion d'acide phénique dans le nez.

Au bout de cinq à six semaines les gencives devinrent dou-

loureuses pendant que l'état général et l'aspect de la lésion s'amélioraient rapidement, tellement qu'au bout de deux mois la narine était complètement dégagée. l'ulcère s'était cicatrisé en laissant une induration à sa place. Une glande dans la région sous-maxillaire restait encore gonflée. Les fumigations de calomel qu'on avait cessées aux premiers symptômes de stomatite furent reprises et continuées pendant deux mois encore.

Pendant ce temps, une éruption secondaire se montra, mais tous les symptômes disparurent.

Deux ans après, je revis la malade en parfait état de santé ; toute trace de l'ulcère dans la narine avait disparu.

La rareté extrême de la syphilis primaire dans les narines rend ce cas intéressant. Le diagnostic eut été assez embarrassant, si on n'eut été fixé à l'avance sur la source probable de la contagion.

La fièvre ainsi que cela a lieu habituellement dans les cas de syphilis primaire à la tête, à la face ou au cou, fut particulièrement forte et la grande prostration mentale était sans doute due en grande partie à cette cause, mais résultait aussi probablement dans une certaine mesure de l'idée que se faisait le malade de l'altération produite sur son visage par le gonflement et de la nature dégoûtante de la cause première de sa maladie.

OBSERVATION IX

Chancre de la Muqueuse nasale

par A. MOREL-LAVALLÉE

** Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1887*

Le nommé B..., Claude, 39 ans, forgeron, entre à l'hôpital. le 11 septembre 1887, dans le service de M. le professeur Fournier ; pour une éruption érythémateuse généralisée,

laquelle est bien manifestement une roséole syphilitique. En quelques points se trouvent même des syphilides papulo-squameuses discrètes.

Quelle a été la porte d'entrée de l'infection ?

Pas de trace de chancre aux organes génitaux. Rien aux doigts, ni aux lèvres, ni à la langue, ni aux amygdales, ni en aucun endroit du tégument cutané. Nous cherchons alors le bubon qui a dû survivre à la lésion chancreuse sans doute aujourd'hui disparue, et ici nous éprouvons une difficulté en raison de la généralisation accomplie de l'infection secondaire : tous les ganglions sont volumineux, indolents, et leur hypertrophie n'est pas plus accentuée dans les aines qu'aux aisselles, par exemple.

Le malade affirme ne pas avoir eu de chancre dans ces temps derniers. Le seul « bobo » qu'il ait eu est une écorchure dans la narine gauche remontant à quelques semaines.

De fait, l'adénopathie est beaucoup plus prononcée dans les ganglions sous-maxillaires, surtout du côté gauche.

De ce côté, en effet, on sent contre le rebord de la mâchoire un ganglion gros comme une noix, lisse, indolent.

En examinant les narines avec un écarteur, on voit du côté gauche une érosion sans limites précises, sans bords, constituée par une surface grisâtre avec un piqueté rouge légèrement sanguinolent au point où l'ulcération atteint à sa partie inférieure la région pileuse des fosses nasales. Il est impossible, même en introduisant le doigt de sentir une induration quelle qu'elle soit attendu que l'érosion siège sur la cloison dont elle ne se détache pas sous la forme d'une saillie quelconque.

Le 19, cet homme est vu par M. Fournier qui, après l'examen au spéculum nasal, confirme notre diagnostic de chancre intra-nasal.

Aspect rouge, carminé, luisant, vernissé, grisâtre, sefflement au bord.

Le malade n'en a pas l'air autrement stupéfait ; c'est un ouvrier en instruments de chirurgie ; il n'a pourtant pas

tenu entre les mains d'instrument sale : « J'aurai probablement caressé quelque femme malpropre », dit-il, et il se souvient d'avoir eu mal au nez, « où il fourrait toujours son doigt » ; son mouchoir ramenait des mucosités sanguinolentes, etc.

Sorti depuis peu de l'hôpital, il revient nous voir le 26 septembre ; il dit qu'il est presque guéri ; de fait, le spéculum nasal permet de voir que la large plaque érosive de la dernière fois est entièrement cicatrisée dans sa partie inférieure et moyenne, si bien qu'il n'existe plus que deux petites érosions larvées-lenticulaires, très haut dans la narine.

Adénopathies secondaires généralisées volumineuses. Il se sent, du reste, fort amélioré depuis que nous le soignons : « En trois semaines, dit-il, son poids a augmenté de cinq livres, et il travaille maintenant comme si rien n'était. »

Roséole en voie de disparition.

Dans l'observation de M. Poncet, telle que nous la trouvons dans les annales, le chancre faisait saillie et oblitérait la narine ; ici, c'était l'érosion bénigne, insignifiante, habituelle au chancre des muqueuses génitales.

Aussi notre malade à nous, ne venait-il consulter que pour son éruption généralisée et nullement pour une lésion locale dont il ignorait l'importance. Nous ne savons pourquoi, pour quel symptôme venait consulter la jeune fille de M. Poncet-Pouvelle, l'étiologie est restée inconnue. Notre homme, lui, admettait comme très vraisemblable qu'il eut exposé ses doigts à un contact possiblement virulent.

OBSERVATION X (*inédite*)

(Clinique du D^r CASTEX)

(Nous ne donnons ici qu'un résumé de ce cas intéressant que M. le D^r Thibierge doit publier in-extenso prochainement).

Homme de 52 ans, travaillant dans les couleurs. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels de

ce malade La maladie actuelle débute dans les premiers jours d'octobre 1893.

« C'était d'abord, dit le malade, un petit bouton qui me picotait, je l'ai arraché, puis je l'ai vu grossir rapidement et atteindre le volume qu'il a aujourd'hui ! »

Au début de cette affection le malade est soigné à Puteaux par un pharmacien qui lui ordonne une pommade quelconque ; loin de guérir, son mal va en augmentant, c'est alors qu'il vint à Paris. Il est soigné par un médecin qui lui prescrit des injections nasales et une pommade dont il ne peut donner la formule. Le simple bouton du début a acquis un volume énorme. Il a envahi toute l'aile gauche du nez.

Le 15 décembre, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Thibierge. On diagnostique alors un chancre induré de la narine et on le soumet au traitement spécifique. Nous avons l'occasion de voir ce malade dans les premiers jours de janvier à la clinique du Dr Castex.

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur assez volumineuse de la narine gauche. Vers son point culminant cette tumeur présente une large ulcération à fond grisâtre, à bords irréguliers et nullement taillés à pic. A la palpation, on constate une induration considérable de cette tumeur, les troubles fonctionnels sont peu marqués ; il y a cependant de la gêne de la respiration qui est impossible de ce côté. Les ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires du côté gauche sont très volumineux.

Vers le milieu de janvier, le malade nous apprend qu'il a une éruption sur tout le corps, caractérisée par de petites plaques rouges localisées surtout sur le tronc.

Il quitte l'hôpital vers le 10 janvier, incomplètement guéri de son chancre nasal.

Le 24 mars — Nous revoyons le malade et nous ne constatons à la simple inspection rien d'anormal dans la conformation de son nez. C'est à peine si la narine gauche paraît un peu plus volumineuse que la droite ; de plus nous remarquons une très

légère encoche près de la pointe du nez et portant sur le bord libre de cette même narine.

A la palpation, nous sentons un corps dur et résistant compris dans l'épaisseur même de la narine malade. Il y a un véritable noyau d'induration. Relevons également la présence de syphi des tertiaires papuleuses sèches siégeant en diverses parties de la face et du tégument externe.

Le malade continue le traitement qu'il avait abandonné depuis sa sortie de Saint-Louis.

OBSERVATION XI

(Chancre syphilitique du nez à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse, par GENNY, professeur à l'École de médecine d'Alger).

(Extrait des annales de dermatologie et de syphiligraphie)

C. Joseph, 27 ans, journalier, né à Alger, d'origine espagnole, entre le 7 décembre 1889, dans le service de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées, se plaignant de ne pas pouvoir respirer par la narine gauche. La région parotidienne et sous-maxillaire gauche est occupée par un paquet de ganglions volumineux, roulant sous le doigt.

Dans la même région, à droite, il n'y a rien.

Les narines sont pulvérulentes, surtout à gauche, et le pourtour occupé par une éruption pseudo-vésiculaire

En examinant la narine gauche, on voit qu'elle est obturée par une lésion dont nous parlerons tout à l'heure. En découvrant le corps, on constate une éruption confluyente, qui occupe tout le tronc, les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Cette éruption est constituée par des papules, de la dimen-

sion d'une petite lentille à une pièce de 50 centimes et d'une coloration jambon cru.

Le diagnostic n'est pas douteux ; c'est une syphilide papuleuse.

Les cheveux tombent en grande quantité et les ganglions cervicaux postérieurs sont développés.

La verge est recouverte de quelques papules de même nature que celles du tronc ; le malade est atteint d'un phimosis congénital et l'on ne constate aucune trace d'accident primitif. Dans les aines, quelques petits ganglions de la grosseur d'un petit pois. Rien à l'anus. À la bouche sur la lèvre supérieure et à droite, larges plaques muqueuses. Rien sur les amygdales, le voile du palais et la langue.

Interrogé sur ses antécédents vénériens, le malade affirme non seulement, n'avoir eu de maladie vénérienne, mais même n'avoir jamais vu de femme. Cette affirmation est reproduite plusieurs fois avec une sincérité qui ne laisse pas place au doute.

En recherchant, donc, où a pu siéger l'accident primitif, car il est certain qu'il ne siégeait, ni à la verge, ni à l'anus, ni à la langue, ni à l'amygdale, ni aux lèvres, nous sommes conduits à porter notre attention sur la lésion que nous avons constatée au nez.

À l'examen simple, c'est-à-dire sans le secours du rhinoscope, nous constatons à la partie moyenne de la cloison une tumeur d'un rose pâle, recouverte de taches blanches produites évidemment par la mortification de l'épithélium, cette tumeur proéminente obture complètement la fosse nasale de ce côté et empêche la respiration. L'extrémité des deux petits doigts introduits dans les fosses nasales permet de constater une induration scléreuse.

Examinée au microscope, la lésion siège au niveau de la partie osseuse et de la portion cartilagineuse de la cloison. Elle est oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; elle présente un bord surélevé, qui la circonscrit, mesurant dans son aire :

0.015 millimètres de long, sur 0.01 centimètre de large ; l'aspect est celui qu'a offert le premier examen.

En introduisant une sonde on franchit difficilement la tumeur pour pénétrer plus profondément dans les fosses nasales, on y parvient cependant sans faire saigner la tumeur.

L'éruption vésiculeuse du pourtour de la narine est incontestablement produite par la sécrétion, eu abondante, qui vient de cette tumeur.

Rien à la narine droite.

Le diagnostic s'impose donc : chancre syphilitique de la cloison du nez.

Traitement : deux pilules de bichlorure de mercure. Pansement au calomel.

Dans les jours qui suivent la lésion de la cloison du nez s'affaïsse, la cicatrisation commence à son pourtour, circonscrivant une légère ulcération grisâtre. Le malade commence à respirer par cette narine.

Le 5 janvier. — L'induration seule persiste, il n'y a plus d'ulcération et la respiration se fait avec la même facilité des deux côtés.

L'éruption papuleuse a disparu, ne laissant qu'une pigmentation foncée, le malade demande son exeat qui lui est accordé.

OBSERVATION XII

(Un caso di sifiloma iniziale del letto Cartilagineo, per il Dottore ROBERTO, Cimneino-Assistente-Boll-delle Maldettie dell' Orrechio. Anno XII, n° 2, 1894).

Joseph Salzullo, âgé de 17 ans, de Barra, se présente l'an dernier à la clinique pour les douleurs au nez qui s'irradiaient à toute la moitié gauche de la tête et qui de nuit augmentaient

au point de lui enlever le sommeil depuis le commencement de la maladie qu'il faisait remonter à une vingtaine de jours.

L'aspect extérieur du nez est normal ainsi que celui de la fosse nasale droite mais la gauche est notablement rétrécie au point que la respiration n'a pas lieu de ce côté.

A l'examen rhinoscopique on constate que l'aile du nez est saine, mais sur le septum cartilagineux, à un demi centimètre du bord, se trouve une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, ronde, recouverte d'une couche légère de mucopus, au-dessous de laquelle se voit une surface grisâtre, sanguinolente.

A la pression, on constate une dureté cartilagineuse et l'on observe que les bords rappellent ceux d'un capuchon de champignon à très court pédicule.

Les glandes sous-maxillaires à gauche sont notablement hypertrophiées et d'une dureté pierreuse et le malade dit que ces glandes n'ont pris ce volume qu'au moment où se manifesta l'occlusion de la narine et les douleurs nasales.

La coexistence de ces glandes qui atteignent le volume d'un œuf de poule et qui ont tous les caractères de l'adénite spécifique doit être tenue en grande considération.

C'est un des symptômes qui manquent rarement et auquel Ricord a donné la plus grande valeur, opinion partagée par Sigmund et Baresprung, sans parler d'autres.

Pas d'épistaxis. Plaques muqueuses, une quinzaine de jours après, syphilides papuleuses, diffuses, sans gravité.

Guérison après une quarantaine d'injections hypodermiques de sublimé et traitement local.

On voyait sur la cloison au milieu d'une surface rouge, une surface opaline et rien autre. La restauration *ad integrum* est obtenue comme dans la plupart des autres cas de ce genre.

OBSERVATION XIV

(Société des Sciences médicales de Lyon)

(Séance de Novembre 1880)

M. Poncet, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu, présente une jeune fille atteinte d'un chancre siégeant sur la cloison près de l'orifice de la narine droite.

En ce point, on trouve une saillie des dimensions d'une pièce de cinquante centimes dont la surface est rouge et ulcérée, oblitérant l'orifice de la narine à tel point que la respiration est à peu près complètement obstruée du côté correspondant.

Il y a un mois que l'affection a débuté par des maux de tête, localisés à la moitié droite du crâne, et revenant par intervalles. Peu après, est survenu un gonflement de la cloison des narines qui est allé en augmentant jusqu'à acquérir les dimensions qu'on observe actuellement.

L'adénopathie sous-maxillaire indolente a persisté jusqu'à ce jour, marquée surtout au-dessous de la branche droite du maxillaire, où elle forme une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Sur la peau de la poitrine, de l'abdomen et des membres, on voit une syphilide papuleuse généralisée, très nette. Quelques papules sur le front. Impétigo du cuir chevelu.

Plaques muqueuses de la gorge.

Quelques jours après son entrée, la malade a éprouvé des douleurs dans les muscles de la cuisse et du mollet droit ; signes de synovite du niveau du cou de pied droit.

M. Poncet en présence de tous ces symptômes, croit que le doute n'est plus possible ; il s'agit bien d'un chancre de la cloison. Ce siège est insolite et c'est pour cela qu'il a tenu, non seulement à attirer l'attention des élèves sur cette malade, à la

clinique, mais encore à présenter ce spécimen à la Société des Sciences médicales.

Il rappelle un cas, qui lui a été donné d'observer, où le chancre siégeait sur la gencive, au niveau d'une grosse molaire. Ce sont là des faits qu'il faut connaître si l'on ne veut être pris un jour au dépourvu.

Ce qu'il y a de plus difficile, c'est d'expliquer comment le virus a pu être transporté au point d'inoculation. Malgré un long interrogatoire, on a rien obtenu de la malade, qui ne peut ou ne veut donner de renseignements exacts.

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*), Tome II. — 1881. — Page 415

OBSERVATION, XV

(NETTLESCHIP)

Madame G..., âgée de 28 ans, m'est envoyée à l'hôpital des maladies des yeux de la partie sud de Londres, par le Dr Baxterol, le 3 avril 1873, pour un abcès lacrymal résultant d'une lésion de la narine gauche, cette femme était enceinte de huit mois, en outre de cet abcès lacrymal il existe une tuméfaction diffuse de la peau du nez et de la face située du côté de cette narine, la narine gauche était complètement fermée et sa muqueuse entre l'espace restée visible présentait un aspect malade et ulcéré. L'ulcération terminée par un bord à pic, là, où la muqueuse de la narine se continue avec la peau de la lèvre supérieure ; la malade se plaignait de ressentir de vives douleurs dans le nez. L'apparence de la surface ulcérée rappelait celle d'une ulcération syphilitique, cependant je ne me sentis pas capable de décider s'il s'agissait d'un chancre ou d'une ulcération tertiaire, de nombreux ganglions lymphatiques

roulaient sous le doigt en arrière, à l'angle de la mâchoire ; on m'apprit qu'ils étaient apparus depuis l'ulcération du nez mais comme il existait depuis plusieurs années des masses semblables du côté opposé, la valeur diagnostic se trouvait diminuée. L'affection aurait commencé peu avant.

L'examen physique pratiqué alors démontra qu'il existait sur les parties génitales des condylomes bien développés mais pas d'ulcérations ni d'adénites inguinales, pas de rash sur la peau, pas de muqueuses dans la gorge, elle reconnaît très nettement que toutes ces manifestations ne dataient que de deux mois et qu'avant cette date sa santé générale était beaucoup meilleure, on cessa l'iodure de potassium et on se borna au traitement externe, c'est-à-dire au savon noir pour la narine et au calomel pour les condylomes de la vulve, le 14, elle entra dans une maternité, elle entra en travail et j'appris qu'elle accoucha d'un garçon qui paraissait sain à sa naissance, mais qui mourut le quatorzième jour ; le médecin qui le soignait donna à entendre qu'il s'agissait d'un enfant syphilitique ; le mal sur la narine s'était amélioré, il existait quelques petites papules rougeâtres sur la nuque. Le mercure que l'on avait cessé depuis le 14 avril, fut repris le 8, nombreuses papules en avant des bras et en dedans des cuisses ainsi que sur l'abdomen.

Pendant ce temps, l'éruption de la joue avait pris un caractère qui rappelait nettement celui d'une éruption secondaire sous l'influence du traitement mercuriel tout cela s'atténua rapidement et disparut complètement le 19 mai, néanmoins on continue le traitement mercuriel ; à l'heure actuelle il n'existe plus de manifestations secondaires, l'ulcération du nez est guérie depuis plusieurs semaines et sa santé générale s'est beaucoup améliorée ; il y a adhérence des deux bords de la narine, de telle sorte que celle-ci est toujours fermée. La fistule lacrymale continue à donner du pus, néanmoins il n'y a plus d'inflammation, et la malade ressent si peu d'incommodité de tout ceci qu'elle n'est point désireuse de recourir à une intervention chirurgicale ; je n'ai pas pu savoir la source probable

du chancre, le mari niant toute affection vénérienne, et la femme ne sachant où elle aurait pu contracter la syphilis.

(*British medical journal*, 1875, p. 363)

OBSERVATION XVI

(Union Médicale, 2 mars 1858. — FOURNIER)

Sujet 29 ans. — Constitution robuste, pas d'antécédents vénériens. Chancre de la cloison des fosses nasales. — Roséole. — Plaques muqueuses amygdaliennes. — Adénopathie cervicale-postérieure. — Alopécie.

Chancres du tégument externe

Ces chancres beaucoup plus fréquents sont par suite moins intéressants et leur aspect rappelle tout à fait le chancre syphilitique des autres régions de la surface cutanée.

Ici comme dans les autres lésions syphilitiques primaires, l'ulcération n'est jamais taillée à pic elle est presque toujours surelevée. Il existe parfois des croûtes qui modifient singulièrement l'aspect de cette ulcération, mais si on déterge la plaie avec quelques cataplasmes, on voit apparaître l'ulcération spécifique dans toute son évidence.

Quelquefois cette lésion s'accompagne d'un énorme gonflement, presque érysipélateux. Il existe constamment des ganglions, les sous-maxillaires peuvent devenir énormes, on voit ici encore l'analogie avec le chancre des parties génitales ; au lieu d'un préfet de l'aine nous avons ici un proconsul. Les ganglions préauriculaires, les genicus sont très souvent hypertrophiés ; cette adénite peut être un précieux élément de diagnostic.

Nous allons présenter maintenant quelques observations :

OBSERVATION I

Syphilis nasale primaire. — Deuxième attaque de syphilis

Le cas d'une deuxième atteinte de syphilis est assez rare pour que le suivant puisse présenter un véritable intérêt. Le patient, un homme marié, âgé de trente-deux ans, n'a observé pour la première fois une certaine gêne et douleurs dans la narine droite, que quatre semaines après s'être exposé à une source possible d'infection syphilitique.

Histoire antérieure. — Vers la fin de l'année 1884, le patient consulta un chirurgien de Londres pour un ulcère douloureux situé au bord de l'ongle de l'index droit.

L'ulcère fut d'abord traité simplement comme une plaie infectieuse. Pendant le traitement cependant, un rash roséolaire apparut sur le dos et la poitrine. Les glandes axillaires et cubitales augmentent de volume. En conséquence, on regarda l'ulcère comme étant d'origine syphilitique et le traitement mercuriel fut immédiatement institué. Au bout de six mois, on renvoya le malade comme guéri. Pendant cette période, la femme du malade devint syphilitique et on la traita en conséquence au mercure pendant la plus grande partie de l'année 1885.

Le premier enfant, naquit en juillet 1886, le second, en juin 1888, et le troisième, en février 1890. Ces enfants semblent jouir d'une bonne santé. En 1887, on observa que la pupille droite du malade est devenue sensiblement plus étroite que la gauche, et elle est demeurée ainsi depuis. Dans le début

de 1889, le sujet sentit sa santé fortement altérée, et se soumit à un nouveau traitement. Depuis ce temps, jusqu'à la date de l'affection actuelle, il a joui comparativement d'une bonne santé. En juin 1891, un mois après s'être exposé à l'infection, la narine droite s'irrita. A l'examen, la bout du nez fut trouvé enflammé et douloureux au toucher. En dedans du bord de l'aile droite du nez, sur sa face, septale, on trouva un ulcère induré ovale de la grosseur d'une petite fève. L'ulcère avait toutes les apparences d'un véritable chancre Huntérien. On ne trouva pas de glandes augmentées de volume.

L'ulcère fut détruit au galvano-cautère et enduit d'iodol. On ordonne une douche nasale et du mercure sous la forme de pil. hydrag. c. crêta (gr. 1), fut prescrit trois fois par jour. Sept semaines après l'inoculation, une éruption roséolaire copieuse apparut sur la poitrine, et de rares papules isolées sur les omoplates. Celles-ci disparurent rapidement. La cavité nasale fut continuellement irriguée avec des lavages antiseptiques, et l'ulcère pansé, soit avec de la poudre d'iodol, soit avec de la pommade iodoformée.

En trois semaines, la surface de la plaie laissée par l'application du cautère, fut guérie. Les pil. de mercure, furent continuées, et l'on y ajouta de petites doses d'iodide de potassium.

Maintenant, l'état général semble satisfaisant, et il n'y a pas eu d'autres accidents dans le nez.

Dans ce cas nous avons donc un exemple d'une seconde attaque de syphilis, sept ans après la première. L'auteur cite Diday et ajoute :

« Il est intéressant de noter que dans la première attaque, le chancre siège à l'index droit, et dans la seconde sur le bord de l'aile droite du nez ». Et il conclue en disant que personnellement il ne doute pas que le sujet eût eu la syphilis antérieurement, ayant été inoculé à l'index droit. De plus, la femme fut menée au même chirurgien qui soigna le mari et qui la traita en conséquence. Il pensa que le fait est concluant. Autant

qu'il peut en être sûr, les enfants étaient en bonne santé, et il n'y a eu aucune rechute.

Le patient n'avait eu aucun accident pendant plusieurs années et en apparence ne s'était jamais senti de la première attaque.

En s'en rapportant aux observations de M. Hutchinson, il comprit qu'il pensait qu'un homme pouvait être guéri de l'infection sanguine, mais était toujours susceptible de modifications locales des tissus.

Nous n'avons pas cru devoir passer sous silence une observation rapportée par un auteur recommandable et converti de l'autorité de M. Seifert, mais nous tenons à formuler plus d'une réserve au sujet de cette prétendue réinfection. Que penser par exemple de ces enfants issus de père et de mère syphilitiques et restés indemnes ! Quand au deuxième chancre excisé au galvano-cautère, il faut convenir qu'il présente de grandes ressemblances avec cet ulcère second-tertiaire que M. Fournier a décrit jadis sous le nom de pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques.

OBSERVATION II

(Service de M. Lailler. — Salle Sainte-Foix, n° 12. Extrait des observations léguées par M. Lailler à la bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis.)

La nommée E... Ernestine, âgée de 17 ans, demoiselle de magasin, est entrée dans le service le 16 août 1880.

Cette jeune fille a toujours été bien portante dans son enfance, jamais d'accidents scrofuleux, a eu une scarlatine au mois de juin avec complication de rhumatismes, scarlatine.

Son père est mort tuberculeux, sa mère est d'une vigoureuse

santé. Elle a un frère et une sœur qui sont bien portants. Il y a un mois, apparut sur le nez un bouton qui, au début, n'a occasionné aucune douleur, ce bouton est survenu six semaines après les derniers rapports sexuels. Huit jours après le début de ce bouton, elle vient à la consultation de M. Lallier, où on constate que la lésion avait tous les caractères d'un chancre induré. Induration considérable, petite ulcération en plateau au-dessus d'une croûte, ganglions préauriculaires.

Quinze jours après, elle revint à la consultation. Le chancre avait grossi ainsi que les ganglions. Induration considérable avec enflure de tout le nez. Le lundi suivant, elle vient se faire examiner, on ne trouva pas encore d'éruption de la peau — rien à la vulve qu'une petite végétation molle et saignante à la fourchette. Elle entre à l'hôpital le même jour, 16 août, c'est-à-dire un mois après le début du chancre. Le nez est enflammé et rouge; le chancre très volumineux et très induré, il est placé sur la partie gauche du nez, au-dessus de l'aile correspondante, ganglion préauriculaire très gros ainsi que ceux qui sont placés sous l'angle de la mâchoire, pas de douleur, démangeaisons, quelques maux de tête, on ne trouve aucune éruption sur la peau, sauf quelques boutons, quelques croûtes d'aspect polymorphe ayant tous les caractères de la gale.

On commence le traitement spécial : Enlèvement d'une petite végétation de la vulve, cette petite opération provoque une attaque d'hystérie. Il paraît, du reste, que la malade éprouve des attaques semblables à chaque époque mensuelle.

Le chancre a beaucoup diminué et le gonflement inflammatoire qui l'entourait a disparu sur le corps.

Quelques papules.

OBSERVATION III

(Service de M. JULLIEN. — Saint-Lazare)

Le début remonte à un mois, puis il y a eu guérison par suite de l'emploi de l'acide borique. Pas encore d'ulcération, le nez étant revenu à un état presque normal quand en entrant au dépôt, il subit une aggravation sous l'influence de mouchements répétés. Aujourd'hui la récurrence est de huit jours. Le lobule et l'aile du nez gauche sont le siège d'un gonflement dont la teinte violette est irrégulière par la saillie de bon nombre d'éléments acnéiformes. La sous-cloison est triplée de volume ainsi que le rebord de l'orifice, il est facile de constater que la muqueuse de l'intérieur de la narine est également atteinte. La partie moyenne du bord de cette narine est le siège sur sa portion muqueuse d'une ulcération dont le fond blanchâtre non suppurant est déchiqueté par de grosses incisures. Les bords sont taillés plutôt à l'évidoir avec un piqueté rougeâtre.

Nous avons vu cette ulcération alors qu'elle n'était qu'une fissure à bords teintés de noir faisant penser au rhino-sclérome.

La narine toute entière a pris une consistance indurée, mais non chondroïde. On trouve un ganglion derrière l'oreille correspondante tout petit; un autre latéro maxillaire collé contre la branche horizontale et tout auprès un autre mobile. Rien dans les ganglions sous-maxillaires ni dans les geniculi ni dans les cervicaux. On peut noter un cervical inférieur du côté opposé et de ce côté une cicatrice préauriculaire se rapprochant des lésions tuberculeuses.

Dans les cheveux, à la région supérieure du cou induration rectangulaire surélevée avec un orifice au milieu venant probablement d'accidents furonculaires ou anthracoides déjà anciens.

19 octobre. — A la date d'aujourd'hui nous sommes frappés par le caractère de l'ulcération qui s'est annoncée dans le sens du chancre induré, mais bien plus encore par l'état du lobule qui est complètement infiltré dans une étendue peu ordinaire ; en effet, tandis que l'ulcération mesure un centimètre dans son grand diamètre, nous voyons l'infiltration et la tuméfaction périphérique s'étendre dans l'étendue de deux centimètres et demi sur le lobule pour l'autre narine et se répandre sur le dos du nez dans la même étendue.

Il est remarquable qu'elle est beaucoup plus basse du côté du sillon naso-génien qu'elle ne dépasse pas.

Nous noterons aussi qu'elle envahit les téguments de la lèvre supérieure au-dessous de la narine gauche pour toucher la partie muqueuse rose dont la teinte se confond avec celle de l'infiltration. Dans toute cette étendue la peau a tout à fait l'aspect érysipélateux avec la couleur, le soulèvement et les bords.

L'état des ganglions reste à peu près le même, cependant un petit masséterin s'est développé et il semble que derrière le maxillaire on en aperçoit un paquet. Mais ils sont loin de présenter la cherté et le volume des ganglions du chancre induré.

Nous noterons un acné à la racine du nez bien isolé de l'infiltration. Dans l'intérieur de la narine la muqueuse est également infiltrée, gonflée, humide dans toute la partie accessible à notre inspection et notamment sur la cloison. La région amygdalienne du même côté est rouge et légèrement gonflée.

P = 51 kil. 200

Moulage le vingt octobre ; injection de calomel — 0,10 le 21 ; pansement onguent napolitain.

2 novembre. — Le chancre est aujourd'hui imparfaitement limité et dessiné : il est à cheval sur le bord de la narine en empiétant davantage sur la face muqueuse.

Le fond est rouge et mesure un centimètre dans le sens du

bord de la narine et un demi dans le sens transversal. Il est entouré d'un bourrelet surélevé surtout sensible du côté externe. Le gonflement du lobule du nez a diminué, mais n'a pas disparu. Il est vrai que la malade dit que d'habitude elle a le nez très gros. Les ganglions ne sont pas beaucoup augmentés. Vers le 4 novembre, injection de calomel, 0 10, dans la fosse sus-épineuse au même point que la première.

6 novembre. — Tout est complètement cicatrisé. La cicatrice est lisse et rose et dessine une encoche, nous devons remarquer que le nez est resté rouge et un peu gonflé. Aucune éruption.

10 novembre. — La cicatrice est lisse, la dépression se comble de façon à faire disparaître l'encoche.

12 novembre. — Rien de nouveau au spéculum nasal, aucune lésion.

20 novembre. — Aucune éruption.

23 novembre. — Cette femme a normalement la peau grasse et facilement couverte d'acnés. C'est ainsi que le nez est depuis longtemps le siège d'une rougeur spéciale.

Aucune autre éruption.

30 novembre. — Rien.

OBSERVATION IV

(HULOT)

(Chancre infectant phagédénique de l'aile droite du nez et chancre infectant simple de la commissure lobiale gauche. — Adénopathie cervicale droite. — Roséole papuleuse. — Syphilides érosives génitales et anales).

Le nommé L., Louis, âgé de 46 ans, homme de peine dans un dépôt de chaux hydraulique, entre le 20 octobre 1877 dans

le service du Dr Fournier, salle Saint-Louis, n° 42, à l'hôpital Saint-Louis.

Notre malade est un ancien militaire qui a fait quatorze ans de service, tant en France, qu'en Corse et en Algérie. Il fut pris plusieurs fois de fièvres qui se terminèrent rapidement par le moyen du sulfate de quinine. Comme affection vénérienne, il eut seulement une blennorrhagie et une orchite en 1863. Pendant son séjour à Ajaccio, en 1865, il fut soigné d'une éruption boutonneuse, sans doute parasitaire, et qui se termina au bout de huit jours après un traitement par des bains sulfureux et des bains de mer.

Actuellement, il se présente avec une lésion de l'aile droite du nez, dont l'origine remonte à environ six semaines. C'était d'abord un petit bouton qu'il écorchait souvent et dont les croûtes se renouvelaient sans cesse. Peu à peu, ce bouton tourmenté et irrité par la poussière de chaux, se transforma en une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et se recouvrit d'une croûte brunâtre. Un ou deux cataplasmes d'amidon ont fait tomber cette croûte et ont mis à nu une surface ulcérée, partagée en deux moitiés à peu près égales par une scissure totale de la paroi nasale, sur une hauteur de 13 à 14 millimètres. De chaque côté de cette fente, se trouve une surface saignante, sanieuse rougeâtre, entourée d'une étroite auréole violacée et lisse, concentrique à une zone inflammatoire assez restreinte. La base de cette ulcération offre une induration chondroïde et nettement limitée. A la commissure labiale gauche, il existe une ulcération croûteuse grande comme une pièce de cinquante centimes.

Sous la croûte brunâtre est une surface légèrement saignante, de couleur chair nuroculaire, reposant sur une base indurée, ayant en un mot tous les caractères d'un chancre syphilitique typique.

A ces deux lésions correspondent des adénopathies qui peuvent sembler croisées, car à droite ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont petits, durs, indolents, mobiles, et à

gauche c'est le ganglion préauriculaire qui est pris ; mais ici, chose assez rare, et qui pourrait peut-être expliquer le phagédénisme de la lésion nasale, l'inflammation a été assez aiguë, quoique presque indolente, pour que ce ganglion ait atteint le volume d'une noix et offre une demi-fluctuation. — Adénopathie des ganglions cervicaux et inguinaux. — Sur la verge et le scrotum existent des syphilides papulo-érosives. — Deux syphilides anales ; ça et là sur le corps on trouve les macules d'une syphilide papuleuse assez décrite.

Par le fait de ces deux chancres, le malade est donc bien syphilitique, et on le met de suite au traitement. Mais, comment les a-t-il contractés ? Séparé de sa femme depuis deux ans, il affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis au moins quinze mois. Cependant il ne peut certifier qu'un soir d'ivresse il ne se soit pas exposé à contracter directement ou indirectement une lésion de cette nature, bien qu'il n'en ait aucun souvenir. Pourquoi maintenant le chancre du nez est-il devenu phagédénique plutôt que le chancre commissural, et pourquoi l'est-il devenu seul ? Sans doute parce qu'il a été écorché souvent, et peut-être aussi parce qu'il fut irrité par le contact de la poussière de chaux entraînée vers la narine à chaque inspiration, danger que n'avait pas à craindre la lésion buccale, la crainte de la toux faisant fermer les lèvres devant toute poussière.

Le 1^{er} novembre, la lésion commissurale est presque cicatrisée. Le bubon pré-auriculaire est résorbé.

Le 15 novembre, la lésion nasale est cicatrisée, mais l'aile du nez est fendue comme par un coup de ciseaux.

Le 23 novembre, syphilides buccales. — Le malade reste encore dans le service quelque temps sans autres accidents.

OBSERVATION V

(Chancre infectant de l'aile du nez. — Adénopathie correspondante, syphilidé papuleuse. — Adénopathie secondaire générale. — Étiologie inconnue).

La nommée G..., Madeleine, ménagère, âgée de 45 ans, entre dans le service du Dr Fournier, le 28 avril 1877, salle Saint-Thomas, n° 12, à l'hôpital Saint-Louis.

A l'âge de 3 ans, la malade eut une variole confluyente dont elle porte encore les cicatrices invisibles au visage, au cou et la poitrine. Depuis cette époque elle dit n'avoir jamais été malade. Mariée depuis longtemps, elle a trois enfants vivants dont le dernier a environ cinq ans. Elle affirme que son mari n'est pas malade, et assure sans pouvoir ni sans vouloir donner d'explication que le bobo qu'elle a au nez n'est pas ce qu'on a l'air de penser.

— Cependant voici ce qu'elle raconte sur son début : Il y a deux mois, elle s'est aperçue qu'elle avait derrière l'aile du nez, à droite, une petite écorchure, une sorte de petit bouton qu'elle tourmentait sans cesse. Ce bouton était alors absolument indolent, et, sans demander avis, elle se contenta d'y mettre un peu de fécule de pommes de terre. — Inquiète cependant de ne pas le voir guérir, elle alla au bout de trois semaines passer quelques jours à l'hôpital Saint-Antoine, dans un service de médecine. Là, on ne put sans doute pas déterminer la nature de cette érosion tourmentée si l'on en juge par le traitement. Cataplasmes sur la lésion et aucun traitement interne. — Il y a quinze jours, apparut sur tout le corps une éruption de taches rosées qui sont devenues extrêmement confluentes et qui présentent aujourd'hui un type parfait de roséole papuleuse.

Actuellement, l'érosion du nez a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et peu allongée, creuse et recouverte

d'une petite croûte jaunâtre. — Les bords sont assez nettement tranchés ; par places, même, ils semblent légèrement à pic. Une zone assez étendue d'inflammation entoure l'ulcération de toutes parts, et présente une coloration rouge franchement inflammatoire.

Les cicatrices de variole qui se trouvent au voisinage de l'ulcération paraissant d'un blanc plus tranché. — Quand entre deux doigts on saisit l'ulcération à ses deux points les moins envahis par l'inflammation périphérique, c'est-à dire aux deux pôles situés à peu près sur la verticale, on sent que la base est fortement indurée. — Les ganglions correspondants aux sous-maxillaires postérieures sont volumineux, indolents et mobiles. Quelques ganglions cervicaux sont engorgés. Adénopathie inguinale, sans accidents du côté de l'anüs, ni des parties génitales. La malade quitte le service au bout de quelques jours à la suite d'une discussion avec son mari qui était venu la voir.

OBSERVATION VI

(HULOT. — Obs. Gaz. Hop. 1879 1889)

(Chancre infectant du lobule du nez. — Adénopathie correspondante. — Roséole. — Syphilides opalines des amygdales. — Syphilides papulo-érosives du scrotum et de la verge. — Traitement spécifique. — Etiologie. — Origine vénérienne. Contagion directe.

Le nommé G., chaisier, âgé de 40 ans, entre le 19 février 1876, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Fournier, salle Saint-Louis, n° 31.

Cet homme qui déclare n'avoir jamais eu aucune affection

vénérienne, se plaint de voir sans cesse se reproduire sur le bout de son nez, depuis six semaines, une croûte de couleur jaune foncée, arrondie. Interrogé sur l'origine de cette croûte, il répond franchement qu'un mois environ avant son apparition il s'est exposé à contracter directement en cet endroit un accident de nature syphilitique. En même temps que se produisait cette croûte, le malade a éprouvé un grand malaise, puis a eu et a encore maintenant des maux de tête, qui atteignent leur maximum d'intensité pendant la nuit.

Actuellement, l'extrémité du lobule du nez et la partie voisine de la cloison sont recouvertes par une croûte régulièrement arrondie, d'un gris jaunâtre, hémisphérique, et disposée en forme de calotte.

La peau qui entoure cette croûte offre une teinte rouge sombre dans une étendue de quatre à cinq millimètres. Entre cette auréole et l'érosion cachée sous la croûte existe une étroite zone de peau, disposée en bourrelet, d'un blanc jaunâtre, lisse, luisante et correspondant assez exactement à la base indurée de cette érosion. L'indolence est absolue. Les ganglions sous maxillaires les plus voisins de l'angle de la mâchoire sont engorgés et offrent tous les caractères des bubons syphilitiques, adénopathie primitive. De chaque côté du cou, au-dessous de l'apophyse mastoïde, on constate aussi une légère adénopathie secondaire correspondant à quelques syphilides opalines des amygdales et des piliers du voile du palais. Sur tout le corps s'est développée une syphilide polymorphe, érythémateuse et papuleuse.

Quelques papules croûteuses dans les cheveux ; quelques papules humides sur la verge et les bourses. Dans le sillon balano préputial existe une papule érosive de la grandeur d'un grain d'orge.

Depuis quelques jours, le malade est pris d'un peu de fièvre le soir, et est tourmenté chaque nuit par une céphalalgie assez intense pour l'empêcher de dormir. Traitement : cataplasme

pour faire tomber la croûte ; chaque jour une pilule de protoïodure de 0.05 centigr.

21 février. — La croûte est tombée. Elle recouvrait une érosion sans bords, arrondie, de l'étendue d'une pièce de un franc, d'une coloration rouge chair musculaire et d'aspect vernissé. L'induration est parcheminée. Pansement avec la pommade au calomel.

6 mars. — La surface du chancre reste rougeâtre, non proéminente, légèrement parcheminée. Depuis quelques jours elle reste stationnaire. Attouchement au nitrate d'argent.

14 mars. — Amélioration notable; le chancre se cicatrise rapidement. La surface est sèche, rouge ; son étendue n'est plus que celle d'une pièce de cinquante centimes. Tous ses ganglions engorgés diminuent de volume.

28 mars. — Cicatrisation complète. Le malade sort de l'hôpital le lendemain (musée Saint-Louis, collection de M. Fournier, pièce 265.)

DIAGNOSTIC DES CHANCRES DU NEZ

Le diagnostic du chancre cutané n'offre aucune difficulté, il suffit d'y penser et d'avoir vu dans son existence quelques chancres syphilitiques pour reconnaître immédiatement la signature de la vérole.

Il y a souvent une tuméfaction considérable des parties voisines. L'induration ici comme ailleurs est caractéristique.

Parfois le diagnostic peut se poser entre un accident primitif et un accident tertiaire. L'évolution, les antécédents, l'absence d'adénite douloureuse mettront vite sur la voie.

Un cancroïde au début pourrait parfois en imposer pour un chancre, il suffit d'attendre quelques jours pour être fixé.

En cas de doute, il reste à appliquer le traitement spécifique.

PRONOSTIC

Ni meilleur, ni pire que celui de tout autre chancre syphilitique. Ce n'est pas comme dans la rage où la proximité des centres nerveux rend l'intoxication plus rapide.

Ici l'infection de l'organisme est plus prompte. La précocité des accidents secondaires dans tous les chancres de la face en témoigne.

Il est exceptionnel d'observer des désordres locaux considérables et c'est à peine si dans toute la littérature médicale on trouve un cas de mort chez une vieille femme très âgée (70 ans).

TRAITEMENT

Le traitement local sera celui de tout chancre syphilitique. Mais il ne faut pas négliger ce traitement local dans une région où les microbes pullulent et peuvent vivre en une néfaste symbiose avec le Tréponème pâle.

Le traitement général sera observé dans toute sa rigueur. Les injections quotidiennes de Benzoate d'hydrargyre chez ceux qui peuvent venir chez le médecin ; chez les autres les pillules de sublimé.

Si la cicatrisation laisse une cicatrice hypertrophique on associera l'iodure au mercure pour combattre l'infection avec une plus grande énergie. Il sera bon ici comme dans toute syphilis que le praticien s'en tienne à ces procédés, sans se lancer dans de nouvelles thérapeutiques qui pourraient lui donner dans la pratiques de pénibles déboires.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
E. GAUCHER.

VU : LE DOYEN,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

